

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

4

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 octobre 1906, à 1 heure

PAR

Paul CHAUVEAU

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE L'APPENDICITE

A GAUCHE

Président : M. SEGOND, Professeur.

*Juges : MM. { GAUCHER, Professeur.
LEGUEU, Agrégé.
CLAUDE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

M DEBOVE.
 MM
 POIRIER.
 CH. RICHEL.
 GABRIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 SEGOND.
 POUCHET.
 GILBERT.
 CHANTEMESSE.
 THOINOT.
 DEJERINE.
 ROGER.

Clinique médicale.....

HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.
 GRANCHER.
 JOFFROY.
 GAUCHER.
 RAYMOND.
 LE DENTU.
 TERRIER.
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPPERSONNE.
 ALBARRAN.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON.
 Albert ROBIN.

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

Agrégés en exercice.

MM
 AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA.
 BEZANÇON.
 BRINDEAU.
 BROCA Andre.
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DESGREZ.

MM
 DUPRE.
 DUVAL.
 FAURE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELME.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM
 PROUST.
 RENON.
 RICHAUD.
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques).
 TEISSIER.
 THIROLOIX.
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE ET A MA MERE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHAUX

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
(Externat 1901 et 1906.)

*Hommages respectueux et reconnaissants à mes maîtres
dans les hôpitaux.*

M. le docteur NÉLATON, professeur agrégé, chirurgien
de l'hôpital Boucicaut.

M. le professeur BOUCHARD, membre de l'Institut.

M. le docteur CUFFER.

M. le docteur VAQUEZ, professeur agrégé, médecin de
l'hôpital Saint-Antoine. (*Externat 1902.*)

M. le docteur MOSNY, médecin de l'hôpital Saint-
Antoine. (*Externat 1903.*)

M. le docteur MACAIGNE, professeur agrégé, médecin
de l'hôpital Saint-Antoine. (*Externat 1904.*)

M. le docteur THIBIERGE, médecin de l'hôpital Broca.
(*Externat 1905.*)

M. le docteur POTHERAT, chirurgien de l'hôpital Brous-
sais. (*Externat 1905.*)

DEFINITION. HISTORIQUE

Dans l'étude de l'appendicite à gauche nous comprendrons seulement les manifestations appendiculaires dues à la situation anormale à gauche du cœcum et de l'appendice, que cette situation provienne d'un appendice congénitalement ou pathologiquement déplacé. Nous éliminerons tous les cas résultant de la propagation anormale à gauche de troubles ayant pris naissance à droite.

L'appendicite gauche est peu fréquente. La caractéristique de l'appendicite, en effet, est la localisation des symptômes douloureux et réactionnels dans la fosse iliaque droite. Cependant nous avons pu réunir un certain nombre d'observations où l'appendicite siège franchement à gauche. Par suite de cette situation anormale, le diagnostic est souvent difficile, et on ne pourra le poser d'une façon précise qu'après un examen complet du malade et des différents symptômes qu'il présente. C'est pourquoi nous nous proposons dans ce travail de résumer les faits cités jusqu'à présent, afin d'en tirer quelques conclusions utiles.

Dans les premiers ouvrages sur l'appendicite, les auteurs ne mentionnent pas cette forme à gauche. Plus tard

elle est signalée par Jalaguier (*Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus), Courtois-Suffit (*Traité de médecine*, Charcot et Debove), Ricard, (*Gazette des hôpitaux*).

Talamon en dit quelques mots dans un travail paru en 1894, dans lequel il rapporte les trois cas de Fowler. Pujol, dans un article paru dans la *Gazette des hôpitaux*, signale quelques cas d'appendicites herniaires gauches. Termet et Vanverts, en 1897, dans la même revue, publient une étude sur la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite et rapportent un certain nombre de cas d'appendicites localisées uniquement à gauche.

Plus récemment, Aug. Broca dans son livre sur « l'Appendicite » explique par le défaut de migration du cœcum et de l'appendice, la possibilité de l'appendicite iliaque gauche ; et Auvray, dans son ouvrage sur le « Diagnostic de l'Appendicite », en fait un chapitre spécial. En outre, nous trouvons quelques observations isolées.

A l'étranger, plusieurs travaux ont paru sur ce sujet ; le mémoire de Fowler, puis une étude d'Obratzoff sur les formes de l'appendicite. Enfin Harris fait un travail sur les abcès périappendiculaires développés à gauche de la ligne médiane.

PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude symptomatologique, il est nécessaire, par quelques considérations anatomiques et embryologiques, d'expliquer comment le cœcum et surtout l'appendice vermiforme peuvent siéger du côté gauche.

Cette situation anormale peut résulter de plusieurs causes différentes. Dans certains cas, il y a inversion de l'intestin. Dans d'autres, il y a coudure du côlon transverse ou chute dans la fosse pelvienne gauche du cœcum et de l'appendice par suite de la laxité ou même de l'absence des ligaments. Parfois, il se produit un arrêt dans le développement de ces organes qui peuvent rester dans leur position primitive ; c'est-à-dire dans la fosse iliaque gauche. Enfin l'appendice, par suite de sa longueur exagérée et de sa direction transversale peut aller se terminer par son extrémité libre à gauche de la ligne médiane.

Inversion des viscères.

C'est l'hypothèse émise par Esprit pour expliquer la situation anormale à gauche du cœcum et de l'appendice. Toutefois cette inversion est très rare.

Legueu, dans ses recherches sur la situation du cœcum chez l'enfant, n'en a pas trouvé un seul exemple.

Il n'en connaît qu'un cas qui lui a été communiqué par Michel et fut observé chez un homme de 50 ans.

« La fosse iliaque droite était occupée en entier par des anses de l'intestin grêle, le péritoine qui la tapissait était lisse et uni ; la fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au cœcum qui s'y présentait de la façon suivante : il était en rapport par sa face postérieure avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un mince ligament péritonéal d'une longueur de 4 à 6 centimètres. Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire droite, se dirigeait obliquement, de bas en haut et de gauche à droite, vers la partie supérieure de l'abdomen ; arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se continuer avec le côlon transverse. Celui-ci, long de 8 centimètres environ, n'offrait pas de disposition anormale : après avoir atteint la grosse tubérosité de l'estomac, il redescendait (côlon devenant descendant) obliquement vers la fosse iliaque gauche où il plongeait profondément. Le revêtement péritonéal du cœcum était complet, l'organe était entouré dans toute son étendue par la séreuse et jouissait d'une mobilité à peine restreinte par ses connexions avec l'S iliaque. L'appendice d'une longueur de 6 centimètres, était lui aussi revêtu par la séreuse qui lui formait un méso. Pas d'autres anomalies viscérales. »

Coudure du côlon transverse ou chute dans la fosse pelvienne gauche du cœcum et de l'appendice.

Pujol, à l'autopsie d'un monstre exencéphale au sixième mois environ, a rencontré le cœcum dans la fosse iliaque gauche. Dans ce cas, il ne s'agissait nullement d'inversion.

Le côlon transverse se repliait en son milieu de façon que sa moitié droite vint s'appliquer sur sa moitié gauche, le côlon ascendant se superposant au côlon descendant. L'appendice vermiciforme répondait alors à la face antérieure de l'S iliaque.

Cette anomalie peut facilement s'expliquer par la laxité plus ou moins grande des ligaments du cœcum, qui peuvent même faire complètement défaut : éventualité qui facilite singulièrement le déplacement à gauche de cet organe et surtout sa chute dans la forme pelvienne gauche. Tuffier a rencontré chez un enfant de trois mois un cœcum si long et si mobile qu'il put amener l'appendice en haut jusqu'au milieu du sternum en bas jusqu'au triangle de Scarpa. Dans une observation de Broca, il y avait 45 centimètres de côlon ascendant sans mésocôlon : c'est là une disposition qui, d'après Broca, n'est pas rare chez l'enfant.

Bonn et Von Arx mentionnent dans deux cas une déviation de la colonne vertébrale chez des hommes porteurs

d'une hernie cœcale du côté gauche. Dans l'observation de Bonn, en particulier, il s'agissait d'une forte scoliose, la colonne vertébrale se portant à gauche, tandis que le bassin se dirigeait à droite. Tout concourait donc, dans ce cas, à diminuer la distance qui sépare normalement le cœcum de la fosse iliaque gauche.

L'appareil ligamenteux de l'appendice vermiculaire lui laissant sa mobilité infiniment plus grande que celle très restreinte dont jouit le cœcum, peut-être pourrait-on admettre que, dans quelques cas, l'organe primitivement déplacé à gauche a été précisément l'appendice qui aurait entraîné le cœcum à sa suite. Geisler, dans une observation de hernie cœcale gauche, nous montre cette évolution ; l'appendice se trouvant dans le sac herniaire gauche alors que le cœcum était encore situé derrière la symphyse pubienne.

Défaut de migration du cœcum et de l'appendice.

Plus rare est la situation gauché du cœcum et de l'appendice par défaut de migration. « A l'origine l'intestin forme un tube rectiligne, fixé à la ligne médiane rachidienne par le mésentère. » Bientôt il se coude brusquement, se dirige en avant et en bas vers l'ombilic, puis se coude de nouveau pour regagner la colonne vertébrale en

suivant une ligne parallèle sous-jacente à la portion descendante, il forme ainsi l'anse ombilicale.

C'est en un point très rapproché du sommet de cette anse sur sa portion ascendante que va apparaître le cœcum vers la fin de la cinquième semaine. A cet endroit l'anse ombilicale « subit une dilatation partielle par une sorte d'évagination de sa paroi, qui s'avance peu à peu vers le sommet de l'anse sous forme d'un appendice surajouté au tube intestinal ». Le cœcum ainsi formé s'accroît progressivement, il s'accole à la portion initiale de la branche ascendante et pénètre avec elle dans le cordon. « Au début le calibre est uniforme et l'appendice cœcal ne se distingue pas du reste du cœcum. » La différenciation des deux organes se ferait dans la première moitié du troisième mois.

Les deux portions de l'anse ombilicale ne restent pas longtemps superposées dans le même plan sagittal. Dès la sixième semaine commence le mouvement de torsion. Le segment descendant se porte à droite, tandis que le segment ascendant se porte à gauche. Vers la huitième semaine apparaissent les circonvolutions de l'intestin grêle, c'est-à-dire du segment descendant. Par suite de ce phénomène, cette portion perd son caractère primitif ; étant devenue trop longue elle pend au-dessous et à droite de la portion ascendante, qui de son côté continue à s'accroître par en haut. Ce double mouvement en sens inverse a pour conséquence de modifier peu à peu la direction du plan de l'anse primitive, qui subit par ce simple fait une torsion de 180 degrés. Le cœcum et l'appendice ont donc été

situés successivement « dans la fosse iliaque gauche, puis au-dessus du canal omphalo-mésentérique, puis sous le foie ». Plus tard il descendra dans la fosse iliaque droite. Cela suffit à nous expliquer comment le cœcum et avec lui l'appendice peuvent se trouver par arrêt de migration dans la partie gauche de l'abdomen.

Longueur exagérée et direction transversale gauche de l'appendice.

Dans certains cas, l'appendice, né du cœcum, situé dans la fosse iliaque droite ou plus ou moins reporté vers la ligne médiane, peut se diriger transversalement à gauche et se terminer dans la fosse iliaque gauche. Ces déviations de l'appendice peuvent résulter de deux causes, soit de sa longueur exagérée, soit d'adhérences qu'il a contractées avec des organes situés à gauche :

La longueur normale de l'appendice est en général de 6 à 10 centimètres ; mais elle est très variable. Gegenbaur en a observé un de 20 centimètres de long, Ribbert un de 21, Lannelongue un de 22, Luschka un de 23. Il est évident que si un appendice de cette longueur a une direction transversale gauche, son extrémité libre se terminera du côté gauche de l'abdomen.

Mais en outre il peut être amené dans cette position par des adhérences contractées avec des organes situés à

gauche. Harris a signalé deux fois l'appendice fixé à la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen et une fois à l'S iliaque. Fournier d'Amiens, l'a vu adhérent au côté gauche de l'utérus et Léopold Aroud, dans sa thèse, rapporte un cas où l'appendice était fixé à la partie postérieure de l'ovaire gauche par suite de l'inflammation du péritoire dû à une salpingo-ovarite gauche.

Dans tous ces cas, il est facile de comprendre que si l'inflammation se cantonne dans l'extrémité libre de l'appendice, les phénomènes douloureux siègent au point qu'elle occupe, et qu'il puisse se développer autour d'elle, ou au niveau d'une perforation une péritonite enkystée, et même une péritonite généralisée si des adhérences protectrices suffisamment solides ne sont pas déjà organisées: le point de départ aura été la fosse iliaque ou la fosse pelvienne gauches.

SYMPTOMATOLOGIE

L'appendicite gauche a une symptomatologie qui diffère peu de celle de l'appendicite ordinaire. A gauche comme à droite, nous trouverons, suivant l'intensité ou l'évolution des manifestations symptomatiques, les différentes formes aiguës ou chroniques. Le siège anormal à gauche permettra seul parfois de les différencier.

A. Appendicite aiguë

« Les lésions de l'appendice, a dit Gaillard, se trahissent par un symptôme personnel, la douleur. Tous les autres signes sont ceux de la réaction péritonéale. Aussi nous interrogeons l'appendice et c'est le péritoine qui répond. »

Ce sera donc d'après l'étendue des lésions de la séreuse péritonéale que nous pourrions ranger les appendicites aiguës en deux classes principales, l'appendicite avec péri-

tonite circonscrite et l'appendicite avec péritonite généralisée.

a) *Appendicite avec péritonite circonscrite.*

Avec Jalaguier, nous distinguerons trois formes d'appendicite avec péritonite localisée :

1° La première, légère, répond à la colique appendiculaire de Talamon. Il n'y a que des lésions insignifiantes du péritoine périappendiculaire, et elle se manifeste plutôt par des phénomènes réflexes de péritonisme que par des signes de péritonite véritable.

2° L'appendicite circonscrite vulgaire, caractérisée par une périappendicite plastique sans abcès.

3° L'appendicite circonscrite avec abcès périappendiculaire enkysté.

Le début dans tous ces cas est presque toujours identique et ne peut faire prévoir l'évolution de la maladie. Le premier symptôme est parfois une sensation de pesanteur, de gêne, de tension douloureuse dans la fosse iliaque gauche. Mais en général le début brusque en coup de pistolet est la caractéristique de l'appendicite. Cette douleur spontanée apparaît le plus souvent après le repas, la fatigue, au milieu de la nuit. Parfois elle est localisée d'emblée dans la fosse iliaque gauche, d'autres fois elle est diffuse au début, siégeant à l'ombilic ou à l'épigastre.

Elle est bientôt suivie de nausées, de vomissements et maintes fois de selles diarrhéiques. Le ventre d'abord ré-

tracté, dur, ne tarde pas à se ballonner. Le faciès est caractéristique : le visage est pâle, le nez pincé, les yeux excavés expriment l'angoisse. La température est très variable, tantôt restant normale, tantôt montant à 38°, 38°5 ; le pouls est petit, rapide. Il n'est pas rare de noter un état syncopal avec tendance au refroidissement et à l'algidité.

Donc d'emblée les phénomènes paraissent assez graves, et suivant leur évolution, ou bien ils s'accroissent si la péritonite tend à se généraliser, ou bien ils s'amendent et même disparaissent.

1° *Appendicite légère.* — Dans la crise d'appendicite légère, seules persistent la douleur et l'induration. A droite, la douleur a un siège bien limité, c'est le point de Mac Burney. On ne peut, à gauche, lui trouver de limites aussi précises, puisque l'appendice, soit par suite d'un défaut de migration soit par suite d'un déplacement pathologique peut occuper une situation des plus variables dans la fosse iliaque gauche. Cependant le plus souvent elle siège au voisinage immédiat de l'ombilic sous le muscle grand droit gauche. Dans un cas, elle siégeait sur le bord externe de ce muscle sur la même ligne horizontale que l'ombilic.

Outre la douleur, on observe constamment une résistance de la paroi à la palpation due à la contraction musculaire de défense.

2° *Appendicite avec péritonite plastique.* — Au lieu de s'atténuer progressivement pour disparaître au bout de 24 ou 36 heures, comme dans la forme précédente, les

phénomènes péritonéaux persistent, et en même temps apparaissent les signes de localisation autour de l'appendice.

La température atteint 38°5, 39°, le ventre se ballonne, la constipation remplace la diarrhée, les vomissements et les nausées s'atténuent. La douleur se localise au point où siège l'appendice, et au bout de 24 à 48 heures apparaît le signe pathognomonique, le plastron. D'abord assez étroit, il tend à s'élargir et atteint bientôt les dimensions de la main. A la palpation, il donne la sensation d'une plaque de blindage doublant la paroi abdominale. Il siège au niveau de l'appendice et dans l'appendicite gauche il déborde presque toujours la ligne médiane. Au bout de 6 à 7 jours le plus souvent, les phénomènes s'amendent, la température baisse, le plastron diminue et la crise d'appendicite est passée.

Parfois, cependant, la poussée aiguë se maintient, c'est l'indice presque infailible d'un abcès.

3° *Appendicites avec péritonite circonscrite et formation d'abcès.* — Au début, le tableau clinique est sensiblement le même que dans la forme précédente. Lorsque la suppuration s'établit, elle entraîne une recrudescence des symptômes observés. La température atteint 39°, 40°, le pouls bat à 120, le ballonnement du ventre est plus intense. A la pression, la douleur locale est plus violente. Le plastron abdominal subit une sorte de ramollissement et donne la sensation de carton mouillé. Enfin on constate au centre de l'empâtement une voussure très nette. L'œdème et la

dilatation veineuse y sont souvent très appréciables. Comme tout abcès chaud, la collection purulente périappendiculaire tend à s'ouvrir au dehors dans les organes voisins, cœcum, côlon, rectum et même vessie ; elle peut même s'ouvrir à la peau. Mais ce sont des cas exceptionnels, le plus souvent elle augmente, fuse dans des directions variables, parfois dans la fosse iliaque droite, où la présence de l'abcès donne l'illusion d'une appendicite droite, fréquemment même détermine une péritonite généralisée.

b) Appendicite avec péritonite généralisée.

Dans cette forme les manifestations symptomatiques de l'appendicite gauche ne diffèrent de celles de l'appendicite droite que par quelques signes, qui souvent peuvent passer inaperçus. Deux cas peuvent se présenter, ou bien la péritonite généralisée succède à une péritonite circonscrite, ou bien elle est généralisée d'emblée.

1° *Péritonite généralisée secondaire.* — Elle succède soit à la rupture d'un abcès primitivement enkysté, ou à une propagation de l'infection se faisant de proche en proche.

Dans le premier cas elle débute soudainement avec des symptômes alarmants : vomissements, accélération du pouls, abaissement de la température, altération du visage.

Dans le second cas elle évolue progressivement. Les symptômes de la péritonite circonscrite s'aggravent, et

bientôt s'y joignent des nausées, des vomissements, du hoquet. Une fois constituée, la péritonite secondaire revêt les mêmes symptômes que la péritonite généralisée primitive.

2° *Péritonite généralisée d'emblée.* — Elle comprend elle-même deux variétés, la péritonite purulente proprement dite et la péritonite septique diffuse.

1° *Péritonite purulente proprement dite.* — Le premier signe est la douleur subite, siégeant ordinairement à gauche, parfois à l'ombilic ou à l'épigastre, mais se généralisant vite à tout l'abdomen. Elle s'accompagne bientôt de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, porracés et même parfois fécaloïdes. Les selles et les gaz sont le plus souvent supprimés. La température ne dépasse guère 39° ; le pouls devient petit, rapide. Le ventre est tendu, dur, ne se laissant pas explorer, partout sensible au palper. Souvent cependant on peut déterminer un maximum de douleur dans la fosse iliaque gauche. Le doigt, introduit dans le rectum, reconnaît très souvent une accumulation de liquide dans l'excavation.

Les phénomènes s'accroissent rapidement, les vomissements persistent, le ventre se ballonne, le faciès, altéré dès le début, se grippe de plus en plus, le pouls, toujours rapide, devient fuyant. Les extrémités se refroidissent, la respiration devient courte, précipitée. Le malade finit par perdre connaissance et succombe.

2° *Péritonite septique diffuse.* — Le début de la péritonite septique diffuse est en général plus insidieux et fait

croire à un embarras gastrique fébrile. Elle se caractérise par l'absence presque complète de retentissement péritonéal et par l'importance des phénomènes d'intoxications donnant lieu à des signes généraux graves.

La douleur abdominale n'est généralement pas très vive et elle ne siège guère que dans la fosse iliaque gauche, et encore faut-il la rechercher avec attention en ce point pour la déceler. Les vomissements sont peu abondants, parfois même ils font défaut. La constipation est souvent remplacée par de la diarrhée.

La température, après s'être élevée aux environs de 39°, tombe vers le deuxième ou troisième jour à 37°.5 ou 37. Le pouls demeure rapide à 110 ou 130. Il est faible, irrégulier, file sous le doigt et à la fin devient incomptable. La respiration est accélérée, la langue est humide, rouge sur la pointe et sur les bords. Le facies est grippé, le teint plombé, les yeux excavés, les extrémités se cyanosent et se refroidissent, le corps se recouvre de sueurs. Le malade, qui a conservé son intelligence intacte, est dans un état de quiétude, de bien-être, qu'il conserve jusqu'à l'approche de la mort, qui survient du deuxième au cinquième jour.

Autres formes d'appendicites gauches.

Certaines appendicites gauches, en raison de la situation particulière de l'appendice peuvent donner lieu à des symp-

tômes locaux tout différents de ceux que nous venons d'étudier. C'est ainsi que l'on a observé des cas d'appendicites pelviennes gauches et d'appendicites herniaires gauches.

a) *Appendicite pelvienne*. — L'appendicite pelvienne débute presque toujours par une douleur qui débute dans la partie gauche de l'abdomen, en dessous d'un point de Mac-Burney, qui serait à gauche. Elle est fréquemment accompagnée des autres symptômes ordinaires de l'appendicite : vomissements, ballonnement du ventre. Les troubles urinaires, dysurie, ou même rétention d'urine sont habituels ainsi que le ténesme rectal. Au point douloureux, le palper peut révéler une tuméfaction de plus ou moins grande étendue. Le toucher rectal et aussi, chez la femme, le toucher vaginal nous permettront de découvrir dans le petit bassin et à gauche, soit une tuméfaction dure, résistante, si la péri-appendicite est plastique et adhésive, soit une fluctuation plus ou moins nette, si la suppuration s'est définitivement établie. On arrive même souvent à trouver au milieu de cette tuméfaction généralement volumineuse un point limité et particulièrement douloureux.

b) *Appendicite herniaire*. — Les troubles dus à l'inflammation d'un appendice situé dans un sac herniaire sont tantôt ceux de la hernie étranglée, tantôt ceux d'une péritonite herniaire. Quand l'appendicite est suivie de la pro-

duction d'une périappendicite suppurée on voit se développer au niveau de la hernie une collection liquide inflammatoire, renfermant parfois des gaz échappés de l'appendice.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite à gauche sera toujours d'une très grande difficulté à cause de la rareté de cette affection. Toutefois, quand la localisation de la douleur à gauche s'accompagne du tableau classique de l'appendicite, on pourra y songer. Mais les cas où les faits se présentent avec une si grande netteté sont exceptionnels. Le plus souvent on pensera à une autre affection, et c'est l'opération seulement, ou parfois même l'autopsie qui feront reconnaître l'erreur.

A) Appendicite aiguë sans tuméfaction iliaque.

Lorsque la douleur soudaine et les phénomènes réflexes dominant, on peut croire à la colique néphrétique ou à la colique de plomb.

Dans le premier cas, la douleur à point de départ lombaire irradie sur le trajet de l'uretère vers la vessie,

l'urèthre et même le testicule. La fièvre fait complètement défaut. Plus tard, l'émission d'un calcul et d'urines sanguinolentes lève tous les doutes.

Dans la colique de plomb, la douleur est vive, la constipation opiniâtre. Mais la palpation large et profonde de la paroi abdominale atténue la douleur, le ventre est dur et rétracté, la fièvre fait complètement défaut. La présence du liseré gingival aidera au diagnostic.

Les poussées aiguës d'entéro-colique peuvent s'accompagner de symptômes analogues à ceux de l'appendicite gauche : douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, fièvre. Mais le début est moins brusque, la réaction péritonéale n'est pas durable. Le ballonnement est plus rapide et plus prononcé que dans l'appendicite, mais les muscles de la paroi n'étant pas en état de contracture défensive une palpation douce est possible sans éveiller de douleurs.

L'occlusion intestinale peut parfois se confondre avec l'appendicite. Les douleurs abdominales, les vomissements, la constipation sont des symptômes communs aux deux maladies. Toutefois dans l'appendicite, le début est brusque avec élévation de la température, tandis que dans l'obstruction intestinale il n'y a le plus souvent pas de fièvre. Les vomissements persistent plus longtemps dans l'occlusion, ils deviennent fécaloïdes, l'imperméabilité de l'intestin aux matières et aux gaz est plus complète.

La péritonite tuberculeuse sous certaines formes est très difficile à distinguer de l'appendicite gauche. « Dans la plupart des cas, dit Auvray, le diagnostic de la périto-

nite tuberculeuse est impossible au début des accidents et ne devient évident que par l'apparition plus ou moins tardive d'indurations péritonéales multiples et un peu d'ascite. »

B) *Appendicite aiguë avec tuméfaction iliaque,*

A gauche, il existe trois affections principales avec lesquelles on peut confondre cette forme d'appendicite, ce sont la sigmoïdite, la péricigmoïdite et le phlegmon périnéphrétique.

Dans la sigmoïdite il y a en effet de la douleur, une tumeur dans la fosse iliaque gauche, et en plus de la constipation. Mais la douleur est très variable comme intensité, permettant parfois aux malades de vaquer à leurs occupations journalières, ou les forçant à garder le lit. La tumeur iliaque a des caractères spéciaux. Elle a la forme d'un boudin cylindrique sans bosselures appréciables, large de deux ou trois travers de doigt, à limite supérieure précise, le bout inférieur du cylindre se perdant dans le petit bassin. Ce cylindre stercoral est mobile dans tous les sens et on peut le déplacer du promontoire jusqu'à la limite externe de la face iliaque. Les vomissements sont rares et la fièvre fait généralement défaut.

Lorsqu'il existe une inflammation péri-intestinale, lorsqu'il y a péricigmoïdite le diagnostic est plus difficile. La douleur de la fosse iliaque gauche devient plus intense. Il

y a du côté gauche une défense de la paroi analogue à celle qu'on rencontre dans l'appendicite. Les vomissements apparaissent, la fièvre monte à 39°, 40°. le pouls devient fréquent, il bat à 110, 120. La tumeur iliaque perd de sa mobilité : toutefois elle reste un peu mobile, surtout transversalement. Elle forme le plus souvent une masse cylindrique, allongée, régulière, un véritable boudin de longueur et de volume variables, qui n'a pas la fluctuation d'un abcès.

Si la péricémoïdite se termine par suppuration, on ne sent plus un boudin cylindrique, mais une tumeur arrondie, donnant plus ou moins nettement la sensation de fluctuation ; ou bien il s'agit d'un empâtement profond sans limites bien nettes, occupant parfois la totalité de la fosse iliaque gauche et formant à ce niveau un véritable plastron. Dans tous les cas la tumeur a perdu sa mobilité, elle est fixée au plancher iliaque et ne peut être déplacée dans aucun sens. Le diagnostic presque impossible dans ce cas, n'aura qu'une importance relative, car l'incision hâtive et large au niveau du foyer, sera de mise dans l'abcès appendiculaire gauche comme dans la péricémoïdite suppurée.

Pour distinguer l'appendicite du phlegmon périnéphrétique, il faudra se baser sur l'existence de troubles digestifs antérieurs, sur l'absence au contraire de tout antécédent pathologique du côté des voies urinaires et sur la gravité des accidents généraux et des phénomènes de

réaction péritonéale, enfin sur la douleur qui a un point de départ lombaire en cas de phlegmon périnéphrétique.

Il faudra encore songer aux abcès profonds de la fosse iliaque gauche dus à l'ostéomyélite qui se reconnaît à la douleur violente réveillée par la pression de l'os iliaque, à la psôitis gauche qui, du reste, peut être d'origine appendiculaire, et à la coxalgie gauche, qui exceptionnellement peut prêter à confusion.

Enfin un abcès d'origine appendiculaire gauche peut se développer à droite et faire croire à une appendicite droite, ou inversement un abcès né d'une appendicite droite et se développant à gauche peut faire songer à une appendicite gauche. L'erreur est souvent difficile à éviter, et il n'y a guère qu'un signe qui puisse éclaircir le diagnostic, c'est la douleur, qui débute généralement et a son maximum au point où siège l'appendice.

c) *Appendicite pelvienne gauche.* — Cette forme d'appendicite peut être confondue avec un kyste de l'ovaire tordu ou une salpingite tordue, avec une hématocele suppurée ou une annexite.

Il y a parfois similitude complète entre le kyste de l'ovaire ou la salpingite tordus et l'appendicite gauche : douleur gauche, fièvre, pouls rapide, vomissements, contracture des muscles de la paroi.

Mais il existe cependant quelques signes qui permettent de distinguer ces affections de l'appendicite. La réaction péritonéale est plus grave et plus brusque dans l'appendicite. On ne sent pas une tumeur limitée nettement, on

perçoit plutôt un empâtement profond et fixe : tandis que dans le kyste de l'ovaire, la tumeur donne la sensation d'une masse volumineuse, limitée, généralement mobile. Enfin en cas de doutes il faudra remonter aux antécédents. Dans l'appendicite on relèvera des troubles gastro-intestinaux, tandis que dans le kyste ou la salpingite il y aura un passé génital.

L'hématocèle présente quelques signes qui permettront de la différencier de l'appendicite pelvienne gauche : l'absence de défense musculaire, la facies pâle, la tendance à la syncope, l'existence que l'on peut parfois percevoir au toucher, d'une tumeur molasse, formée par l'accumulation de caillots sanguins dans le cul-de-sac de Douglas. Enfin il s'agira d'une femme, qui a un retard de ses règles, qui subitement a ressenti une vive douleur, suivie de symptômes d'une hémorrhagie interne et de métrorrhagies.

L'annexite et l'appendicite pelvienne gauches peuvent être prises l'une pour l'autre ; c'est le cas de la malade de Lance, que l'on opérât pour une salpingite. Les annexes étaient saines et l'appendice volumineux et congestionné était adhérent à la trompe gauche. Le diagnostic est en général très difficile, il faudra remonter aux antécédents. On songera à l'appendicite s'il y a eu des troubles intestinaux, tandis qu'une vaginite ou une endométrite antérieure feront penser à la salpingite. Enfin, d'après Bouilly, les troubles péritonéaux sont plus marqués dans l'appendicite.

D. Appendicite herniaire gauche.

L'appendicite herniaire gauche est le plus souvent méconnue et ce n'est qu'au moment de l'intervention le plus souvent qu'on peut la reconnaître. Elle présente en effet de la douleur, de l'absence des selles et des gaz, du ballonnement du ventre, signes qui font penser à un étranglement herniaire. Cependant il peut y avoir quelques signes qui permettent de différencier les deux affections. La fièvre est constante au cours de l'appendicite, tandis qu'elle n'existe pas dans l'étranglement herniaire. La température descend même parfois au-dessous de la normale. Dans l'appendicite, il n'y a pas arrêt absolu des gaz. De même l'arrêt des matières peut ne pas être complet.

TRAITEMENT

Le traitement sera d'autant plus difficile à constituer que l'on aura de difficultés à établir un diagnostic précis.

Si l'on a nettement reconnu une appendicite gauche, le traitement sera le même que pour une appendicite ordinaire. Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, on ne pratiquera pas toujours la même incision à gauche qu'à droite. Le choix de cette incision sera basé sur le siège des phénomènes inflammatoires. Si les phénomènes sont assez rapprochés de la ligne médiane, une laparotomie médiane s'impose : s'ils siègent plus en dehors dans la fosse iliaque gauche, il faudra inciser au bord externe du grand droit gauche.

Si le diagnostic est hésitant, il est préférable d'écarter toute idée d'intervention chirurgicale immédiate, et d'essayer d'amener la détente péritonéale par le repos absolu au lit, les applications de glace, et les injections sous-cutanées de morphine. Cependant si l'on se trouve manifestement en présence d'un abcès, il faudra intervenir de suite et assurer par le drainage l'évacuation du pus.

OBSERVATION I

(Vauzelle.)

(Tirée de l'article de MM. Termet et Vanverts.)

Appendicite iliaque gauche.

Garçon de huit ans, présentant depuis deux jours des phénomènes de péritonite : vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement à gauche.

A son entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, on constate des signes d'une péritonite généralisée, avec maximum de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparotomie latérale gauche : la péritonite est généralisée ; dans la fosse iliaque gauche on trouve des débris de poche rompue. On y trouve également le cœcum et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain. A l'autopsie on constate que du cœcum situé à gauche part le côlon ascendant qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypocondre droit, où il se continue avec le colon transverse, qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon descendant, l'S iliaque sont situés à leur place normale. Le mésocôlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à sa partie inférieure, puisque la ligne d'attache fixée à la paroi abdominale postérieure occupe sa situation habituelle.

OBSERVATION II (résumée).

(Ryerson Fowler. *Med. News*, 25 novembre 1893.)

Appendicite iliaque gauche.

Garçon 16 ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le docteur Fowler le vit le deuxième jour. L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus prononcé à gauche. On constatait une zone de sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit gauche, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc de la fosse iliaque gauche. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire gauche s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière.

Le diagnostic d'appendicite gauche fut fait, et le même jour on fit la laparatomie médiane. Une grande quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouva une large cavité suppurée à gauche de la ligne médiane, répondant au siège de la matité constatée. La tête du côlon et le cœcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut vers l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes. Le malade succomba le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangréné et perforé ; le cœcum était situé à gauche de la ligne médiane, de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

OBSERVATION III (résumée).

(Ryerson Fowler. *Med. News*, 25 novembre 1893.)

Appendicite iliaque gauche.

Homme de 19 ans, entré à l'hôpital, avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté au-dessous du grand droit gauche, une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal.

Au début, les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen, il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente libre dans la grande cavité péritonéale. Le cœcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic, regardant à gauche; l'appendice situé sous le grand droit gauche, juste au-dessous de l'ombilic.

On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie. — Appendice gangréné et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

OBSERVATION IV (résumée.)

(Ryerson Fowler. *Med. News.*, 25 novembre 1893.)

Appendicite iliaque gauche.

Femme de 25 ans qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était

douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit gauche. On crut à une simple colique intestinale.

Quarante-huit heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à gauche de l'ombilic suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus intense et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cœcum était maintenu par un court mésocôlon presque directement au-dessus du promontoire sacré ; l'appendice recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

OBSERVATION V

(Docteur Fournier.)

(*Gazette médicale de Picardie*, janvier 1900.)

Appendicite pelvienne gauche.

Une femme de 19 ans, chétive et anémiée, fait une fausse couche le 19 décembre dernier et, depuis lors, elle se plaint du ventre.

Elle entre dans le service de M. Fournier le 24 janvier, et accuse dans la fosse iliaque gauche des douleurs qui la gênent au point de lui interdire la marche et toute profession.

Le palper bimanuel révèle que du côté droit les annexes sont normales, tandis qu'à gauche de l'utérus il y a une tumeur douloureuse, de consistance assez dure, du volume d'une petite orange, accolée et soudée au bord gauche de l'uté-

rus, au point de faire corps avec cet organe et de se déplacer avec lui. Malgré que l'utérus soit en légère rétroversion, rectiligne, et adhérent par sa face postérieure, on peut le mobiliser quelque peu et percevoir le déplacement de la tumeur, qui semble en connexion intime avec cet organe.

Comme d'autre part la douleur provoquée n'est pas excessive, on pense à une grossesse extra-utérine ou à une salpingo-ovarite gauche, adhérente à l'utérus.

La laparotomie est pratiquée, elle fait constater l'intégrité de la trompe et de l'ovaire droits. Sur le côté gauche de l'utérus, on décolle une masse inflammatoire dans laquelle se trouve de l'intestin : cœcum et abouchement du côlon. Ces organes sont séparés en bloc d'une poche située entre le ligament rond et les annexes gauches. L'ovaire et la trompe gauches, quoique tout à fait voisins de la masse inflammatoire, sont absolument sains. « Alors, dit M. Fournier, je m'occupe du cœcum, dont j'enlève tous les exsudats et, à son extrémité, est une masse dure renfermant quelques gouttes de pus, et qui n'est autre que l'appendice enflammé et détruit complètement par les tissus néoplasiques. »

OBSERVATION VI

Appendicite pelvienne gauche sans inversion des viscères.

(Lance, *Bulletins et Mémoires de la société anatomique*, 1902.)

B..., Eugène, 27 ans, manœuvre, entre le jeudi 9 octobre, salle Cloquet, lit n° 35, à 8 heures du soir. Il raconte qu'il a été pris la veille à six heures du matin, en se levant, d'une brusque douleur dans le ventre. Cette douleur a débuté à gauche de l'abdomen en dessous d'un point de Mac-Burney qui

serait à gauche. De là, la douleur a gagné « comme une barre » dit-il, toute la partie inférieure du ventre ; malgré cela il est allé à son travail. Il a fait une selle dans la matinée. La douleur augmentant, il est rentré chez lui à midi et s'est couché. Il n'a pas eu de vomissements, pas de selle, ni d'émission de gaz par l'anus. Il urine normalement. Le lendemain après-midi, le médecin du bureau de bienfaisance ordonne son transfert à l'hôpital.

A l'examen nous trouvons un homme vigoureux, très absorbé, le facies animé, répondant difficilement aux questions posées.

Température : 37°2. Le pouls est ample, bien frappé, on compte 85 pulsations.

Le ventre est contracturé dans toute sa moitié sous-ombilicale, surtout à gauche. La moitié sus-ombilicale est plate et souple. En aucun point on ne trouve de matité. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse avec hyperesthésie de la peau. Le maximum de la douleur est nettement à gauche, en un point qui correspond au tiers interne de l'arcade crurale, environ trois travers de doigt au-dessus d'elle.

Au toucher rectal, on ne trouve rien de particulier. Le rectum est vide de matières.

On trouve dans ses antécédents à noter seulement qu'il a eu déjà deux ou trois fois des douleurs vives du ventre, mais elles se sont calmées rapidement et jamais il ne s'est alité. En présence de ces phénomènes nous admettons la possibilité d'une crise appendiculaire. Aucun phénomène n'indiquant l'urgence absolue de l'intervention, nous prescrivons de la glace sur le ventre, la diète absolue.

A dix heures du soir, l'état du malade est identique.

Le lendemain matin, 10 octobre, la scène a changé complètement. Le facies est tiré, le nez pincé, les yeux excavés. Il présente une obnubilation complète et répond à peine aux questions. Le pouls bien frappé est à 100. Température : 37°9.

Depuis 4 heures du matin, le malade a vomi plusieurs fois ;

ce sont des vomissements bilieux, dans lesquels on trouve l'aspect poudre de tabac qui révèle une légère hémorrhagie gastrique. Le ventre n'est pas contracturé, il présente un ballonnement considérable à maximum sus-ombilical, l'épigastre est soulevé en une voussure considérable et la matité hépatique a complètement disparu. Le ventre est douloureux dans toute son étendue, mais avec un maximum net dans le flanc gauche.

M. Ricard pose le diagnostic d'occlusion intestinale, dont il est difficile de préciser l'origine ; cependant, d'après les commentaires, il penche plutôt en faveur d'un volvulus.

M. Ricard pratique une laparotomie médiane.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe une quantité notable de pus louche, mal lié. En même temps, les anses intestinales considérablement distendues, rouges, avec quelques fausses membranes blanches, font hernie par l'incision.

Immédiatement en dessous de ces anses dilatées, on en sent d'autres aplaties. En déroulant au dehors les anses intestinales, on lève l'obstacle, car on entend un gargouillement et les anses grêles aplaties se distendent.

Cet obstacle qu'on ne cherche pas plus longtemps devait être serré, car on trouve sur l'intestin un point nettement rétréci au niveau duquel il y a du sphacèle au début, en forme de sillon.

On s'assure que la circulation intestinale est bien rétablie et que les gaz viennent distendre le cœcum qui était plat. On explore rapidement l'appendice, on ne le trouve pas.

Le soir, température : 38° ; pouls : 100. Le malade a vomé seulement une fois avant son réveil. Il dit ne plus souffrir du ventre.

Dans la nuit, quelques gaz sont entendus par la sonde rectale.

Le 11 au matin, l'état est le même, le malade n'a pas vomé.

Dans l'après-midi, les vomissements recommencent, le malade se refroidit rapidement et meurt à minuit.

Autopsie le 13 octobre. — On trouve le cœcum en place. L'appendice est long de 14 centimètres, adhérent sur la face droite du rectum sur une longueur de 10 centimètres. Il paraît à peu près sain sur cette longueur, ou du moins ne présente que des lésions anciennes. Son extrémité libre, très dilatée, turgide, rouge, passe devant le rectum et vient se loger le long de son bord gauche.

A la coupe de l'appendice, on constate que l'extrémité dilatée présente une plaque de nécrose de la muqueuse.

OBSERVATION VII

Lance (*Bulletins et Memoires Société anatomique*, 1902).

Appendicite pelvienne gauche ancienne.

S... Marie, 44 ans, entre le 16 octobre 1902 au pavillon Cruveilhier, dans le service de M. Ricard.

C'est une femme obèse, à parois relâchées, qui vient pour un prolapsus génital marqué. En la touchant, on trouve dans le cul-de-sac gauche une masse dure, non mobile sur l'utérus, douloureuse à la pression. Elle explique alors qu'elle a eu plusieurs fausses couches autrefois, des accidents péritonéaux graves, qu'elle a pendant longtemps suivi un traitement pour des salpingites. On pense à un reliquat de salpingites et, comme on lui attribue les douleurs très vives dont se plaint la malade, on décide de l'opérer.

Le 31 octobre, on pratique une laparotomie. On trouve, en arrière de l'utérus, l'appendice cœcal englobé dans des adhérences qui tiennent à l'utérus et à la trompe gauche. Il est volu-

mineux et congestionné. On l'enlève. Les annexes des deux côtés sont saines.

On pratique ensuite une hystéropexie et une périnéorrhaphie postérieure par dédoublement.

L'examen de la pièce montre un appendice très gros avec d'énormes franges graisseuses qui présentent des adhérences.

La coupe montre près de son origine deux dilatations séparées par un rétrécissement serré. Dans chacune des dilatations se trouve une boulette de matières fécales durcies.

Si l'on prend avec soin l'observation de la malade, on voit que si le diagnostic exact était difficile, du moins bien des particularités auraient pu faire penser à de l'appendice.

La malade a commencé à l'âge de 8 ans à souffrir du ventre. Elle avait des crises passagères avec vomissements et constipation opiniâtre qui lui faisaient garder le lit.

Bien réglée, elle n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans, elle eut l'année suivante une grossesse normale.

A l'âge de 26 ans elle est prise d'accidents péritoniques graves qui durent près de trois ans. Pendant des mois entiers, elle reste alitée avec des poussées douloureuses accompagnées de vomissements abondants et une constipation opiniâtre. A l'examen, on lui trouve, dit-elle, des abcès dans le ventre, derrière la matrice.

Pendant cette période elle fait trois fausses couches, une de 6 semaines, les autres de 1 mois environ.

Depuis cette époque, pendant une période de 7 années, elle souffre beaucoup moins. Son ventre ne devient douloureux qu'au moment des règles. Celles-ci sont d'ailleurs régulières. Elle n'a aucune perte.

A 30 ans, nouvel accouchement normal, au cours duquel se produit une déchirure du périnée.

Depuis l'âge de 36 ans, les douleurs augmentent, mais leurs caractères diffèrent : ce sont surtout des douleurs dans les reins, surtout à la fin de la journée. Un médecin consulté lui

fait porter une ceinture abdominale et lui pratique des pansements utérins avec des tampons.

Depuis trois mois les douleurs sont devenues si vives qu'elle est obligée de cesser de piquer à la machine. Ce sont ces troubles qui l'ont amenée consulter à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Poncet (de Lyon) 1891.

Appendicite herniaire gauche.

Homme de 64 ans, porteur depuis 18 ans d'une hernie inguinale gauche n'ayant jamais occasionné de troubles sérieux.

Cette hernie était depuis longtemps incomplètement réductible. A la suite d'un accident de voiture, remontant à 1 mois, la hernie a augmenté de volume et elle est devenue plus difficile à réduire et à maintenir. Depuis 3 jours, irréductibilité, constipation, vomissements bilieux. Malgré tout, l'état général est long.

La hernie a le volume de deux poings, elle est sonore, molle, non douloureuse. Autour du pédicule, se trouve un corps dur, du volume d'une noix non douloureuse, faisant corps avec la hernie.

A l'opération on reconnaît le cœcum à la partie postéro-externe de la hernie, qui contient de plus une courte portion du colon ascendant de 15 à 20 centimètres d'intestin grêle. Le sac entoure tous les viscères herniés.

La petite tumeur provient de l'appendice vermiculaire, qui est réséqué. Suture des piliers. Le malade a présenté du

délire ; il est sorti de l'hôpital peu de jours après l'opération et a été perdu de vue.

La tumeur était constituée par un kyste stercoral et par la transformation lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice.

OBSERVATION IX

(Bardley, *Medical and Gazette*, 1878.)

Appendicite herniaire gauche.

Un homme, âgé de 63 ans et porteur d'une hernie inguinale gauche, fut admis à l'hôpital de Manchester, le 8 mars 1878. Il était atteint d'obstruction intestinale.

Cinq jours avant son entrée, sa hernie prit un volume beaucoup plus considérable que d'habitude, mais il put encore la réduire en partie. Il appliqua son bandage. Le jour suivant elle sortit de nouveau ; il ne put la réduire. Un médecin appelé fit le taxis sans succès.

A son arrivée à l'hôpital il était porteur d'une hernie inguinale gauche de la grosseur de la tête d'un adulte. Son pénis était entièrement caché par cette tumeur qui n'était pas très tendue.

En faisant tousser le malade on sentait une légère impulsion. Il vomissait par intervalle ; sa température était normale et son pouls à 90. Il n'avait pas eu de selles depuis trois jours. Après un grand bain chaud, on essaya encore le taxis sans succès.

10 mars. — Nuit sans repos. Vomissements fécaloïdes ; hoquet, visage anxieux. Hernie plus douloureuse. Température : 39°4.

On décida l'opération. On débrida et on essaya la réduction sans ouvrir le sac, on ne put y parvenir. Le sac ouvert, il

s'écoula une assez grande quantité de pus d'odeur fécaloïde. On examina l'intestin, mais on ne trouva aucune perforation. Comme une intervention plus longue parut dangereuse et comptant sur la production d'exsudats, on ferma la plaie sans réduire l'intestin.

Au réveil, il y eut encore des vomissements fécaloïdes. De violentes douleurs survinrent bientôt après et il mourut à minuit.

Autopsie. — On trouva dans le sac de l'intestin grêle le cœcum et le côlon ascendant. Les anses étaient accolées par des exsudats fibrineux et le cœcum adhérait à la face postérieure du rectum. L'appendice vermiforme considérablement augmenté se trouvait perforé à sa racine.

OBSERVATION X

(Herbett, *Médical and Gazette*, 1878.)

Appendicite herniaire gauche.

Un homme de 65 ans souffrait depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il pouvait réduire et qu'il maintenait avec un bandage.

Un jour, subitement, la hernie sort, augmente de volume et devient bientôt irréductible.

On note alors les phénomènes ordinaires de l'étranglement, la tumeur est modérément tendue, elle est douloureuse et irréductible. Nausées. Vomissements.

Opération. — Après huit jours d'attente et les phénomènes ne s'amendant pas, on opère le neuvième jour.

Incision de la tumeur, ouverture du sac. On trouve à l'intérieur une masse énorme d'intestin perforé qui a amené au

dehors l'issue de matières stercorales, et l'apparition d'une péritonite herniaire.

La mort survient au bout de douze heures.

Autopsie. — On trouve dans le sac, l'intestin grêle, le colon, le cœcum et l'appendice. Ce dernier présente vers sa base une ulcération assez étendue qui a donné issue aux matières stercorales.

OBSERVATION XI

(Splenger, 1851.)

Appendicite herniaire gauche.

Un garçon de 5 ans et demi, atteint de hernie inguinale gauche congénitale, la maintient dès les premiers temps par un bandage.

Malgré son application continuelle, la tumeur augmenta et prit la grandeur d'une bouteille de champagne.

Déjà, antérieurement, mais surtout depuis six mois, il y a de la constipation, les selles sont irrégulières ; vomissements, douleurs abdominales, etc. La tumeur devient irréductible ; l'opération parut indiquée. Dans le sac on trouva un énorme paquet d'intestins grêles, le cœcum avec l'appendice adhérents au sac.

Mort par péritonite.

Autopsie. — Le cœcum avec l'appendice se trouvait dans le sac herniaire à gauche. Le colon ascendant était entièrement entraîné de sa place ordinaire et présentait un calibre diminué de moitié par la traction continuelle qu'exerçait sur lui le cœcum.

OBSERVATION XII

(Geissler, 1867.)

Appendicite herniaire gauche.

Femme de 70 ans. cachectique, atteinte de hernie inguinale réductible; à gauche. hernie inguinale en forme de sablier, dans le même état depuis trente ans, entrant dans la grande lèvre gauche: la tumeur inférieure de la grosseur d'une noix, la supérieure du volume d'un œuf de pigeon. Sensibilité de l'abdomen, surtout à la pression. Diarrhée et ballonnement du ventre. La tumeur gauche se laisse un peu refouler dans le canal inguinal. Après trois semaines la malade succombe.

Autopsie. — Dans le canal inguinal gauche l'on trouva l'appendice vermiforme à parois épaissies, avec un étranglement au milieu.

Le cœcum était logé derrière la symphyse et remontait de là vers l'ombilic. Il avait contracté des adhérences cartilagineuses avec la paroi abdominale antérieure et l'intestin grêle; son calibre était fortement augmenté.

CONCLUSIONS

Il existe des cas d'appendicites gauches, dus à l'inflammation de l'appendice siégeant à gauche de la ligne médiane. Ces accidents sont assez rares, cependant nous avons pu en réunir douze observations.

Cette situation anormale de l'appendice peut résulter de quatre causes différentes :

1° D'une inversion des viscères ;

2° D'une coudure du côlon transverse ou de la chute dans la fosse pelvienne gauche du cœcum et de l'appendice, par suite de la laxité, ou même de l'absence des ligaments ;

3° D'un défaut de migration du cœcum et de l'appendice, qui restent dans la fosse iliaque gauche ;

4° De la longueur exagérée et de la direction transversale de l'appendice, qui va se terminer par son extrémité libre à gauche de la ligne médiane.

L'appendice gauche revêt cliniquement les mêmes modalités cliniques que l'appendicite ordinaire, toutefois le siège des phénomènes est généralement plus rapproché de la ligne médiane.

Le diagnostic précis présente presque toujours de grau-

des difficultés, surtout parce que l'on ne songe pas à la possibilité d'une anomalie à gauche de l'appendice. En cas d'abcès périappendiculaires, il faudra éliminer tous les abcès de la fosse iliaque gauche : mais il est deux affections principalement qui pourront prêter à confusion, ce sont la sigmoïdite et la péricécalite.

Quant au traitement, il sera le même que celui de l'appendicite droite.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Paul SEGOND.

Vu : LE DOYEN,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite.
- AROUD (Léopold). — *Thèse*, Lyon, 1900.
- BARIÉTY. — Hernies de l'appendice cœcal compliquées d'appendicites. *Thèse*, Paris, 1905.
- BROCA (Aug.). — De l'appendicite.
- CLADO. — Anatomie et embryologie de l'appendice cœcal. *Bulletin de la Société de biologie*, janvier 1892.
- COURTOIS-SUFFIT. — Dans le *Traité de médecine* Charcot et Bouchard.
- DORMOY. — *Thèse*, Lyon, 1897.
- FOURNIER (d'Amiens). — Un cas d'appendicite à gauche. *Bulletin médical*, mai 1900, tiré de la *Gazette médicale de Picardie*.
- GEISSLER. — *Zeits. f. med. chir. und Geburt*.
- JALAGUIER. — *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus.
- HARRIS. — *Journ. Amér. Assoc.*, 21 décembre 1895.
- LANCE. — Deux cas d'appendicite pélvienne gauche. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*, 1902.
- LEGUEU. — Développement et situation du cœcum chez l'enfant. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*, 1891.
- MONOD (Ch.). — Congrès de chirurgie, huitième session, 1894.
- OBRATZOFF. — *Médecine moderne*, 1895.
- PÉRIGNON. — *Thèse*, 1892.

POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.

PUJOL. — De la hernie inguinale gauche du cœcum. *Gaz. des hôp.*, octobre 1896.

TALAMON. — La colique appendiculaire, 1900.

TERMET et VANVERTS. — De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. *Gazette des hôpitaux*, oct. 1896.

VON ARX. — Cœcum in einer Scrotalhernie. *Corresp. Bl. f. Schw. Artze*, déc. 1886.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

